

Perfil de Riesgo de Salud General AUTO-ADMINISTRADO
(Sample Self Administrative Comprehensive Health Risk Profile)

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre ___ Mujer ___ Lugar de Nacimiento _____ SS# _____

Favor de responder con una X en cada declaración que esté de acuerdo con su caso. Si usted no sabe la respuesta de una pregunta, favor de marcarla con signo de interrogación y una persona se la explicará. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a los médicos y enfermeras a preparar un plan del cuidado de su salud que muestre cómo el estar sana puede ayudarle a prevenir el cáncer, diabetes y hasta un ataque al corazón o derrame cerebral (*stroke*).

Favor de NO escribir en las áreas sombreadas.

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed. T
1. Peso ___ Peso más de lo que debería de acuerdo con mi estatura. ___ No es aplicable en mi caso.	Wt: _____ Ht: _____ BMI: _____	Y N	
2. Presión arterial ___ Casi nunca hago ejercicio físico ni 30 minutos durante la semana. ___ Un familiar o yo tiene alta presión arterial. ¿Quién? _____ ___ No es aplicable en mi caso.	Blood Pressure _____/_____ ___ BP \$140/90 ___ Moderate to extreme obesity	Y N	
3. Colesterol (NCEP) ___ Soy mayor de 20 años y hace más de 5 años desde mi último examen normal o ___ Tiene más de un año que los resultados de mis exámenes son anormales. ___ *Tengo presión arterial alta, o ___ *Fumo cigarrillos o puros. ___ *Tengo diabetes (tengo niveles altos de azúcar en la sangre) ___ *Alguien de mi familia tiene problemas con el corazón. ¿Quién? _____ ¿A que edad comenzó? _____ ___ No es aplicable en mi caso.	Date last tested: _____ Total Chol: _____ ___ >200mg/dL? HDL: _____ *2 or more risks for heart disease + [] *HDL <35 mg/dl [] *Male =>45 [] *Female =>55	Y N	
4. Uso del Tabaco ___ Fumo/uso productos de tabaco ahora o ___ Los fumé/usé en el pasado. ¿Cuántos fumaba/consumía? _____ ¿cuánto tiempo? _____ Tipo: [] Cigarrillos [] Puro o pipa [] Tabaco masticable/snuff ___ No es aplicable en mi caso.	___ Not thinking about quitting? ___ Thinking about quitting? ___ Trying to quit? ___ Has quit? When? _____	Y N	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed. T
<p>5. Diabetes (ADA) <input type="checkbox"/> Yo tuve diabetes cuando estuve embarazada/tuve un bebé que pesó más de 9 libras al nacer. <input type="checkbox"/> Alguien de mi familia o yo tiene diabetes. ¿Quién? _____ (Ejemplo: madre, padre, hermana o hermano). <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<input type="checkbox"/> Triglycerides > 250mg/dL <input type="checkbox"/> HDL < 35mg/dL <input type="checkbox"/> High risk ethnicity <input type="checkbox"/> > 45 or <input type="checkbox"/> overweight or <input type="checkbox"/> HTN	Y N	
<p>6. Inmunizaciones o vacunaciones (USPSTF) <input type="checkbox"/> Tiene más de 10 años que me vacunaron contra el tétanos o nunca me han vacunado. <input type="checkbox"/> Tengo problemas de diabetes, pulmones o del corazón. Explique: _____ <input type="checkbox"/> Soy trabajador del cuidado de la salud, o trabajo en una escuela o una cárcel. <input type="checkbox"/> Nunca me han vacunado contra la Hepatitis (infección del hígado). <input type="checkbox"/> Nunca he padecido Rubéola (German measles) ni me han vacunado contra ella. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<input type="checkbox"/> > 65 y/o <input type="checkbox"/> Female of child-bearing age Needed: <input type="checkbox"/> Pneumovax <input type="checkbox"/> Td. <input type="checkbox"/> Influenza (flu season) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR	Y N	
<p>7. Cáncer Colorrectal (ACS) <input type="checkbox"/> Alguien en mi familia inmediata ha tenido cáncer en el intestino recto o colon. ¿Quién? _____ (ejem. madre, padre, hermana, hermano). <input type="checkbox"/> *Edad cuando apareció, si tenía menos de 55 años. <input type="checkbox"/> *He tenido la enfermedad del intestino inflamatorio (<i>bowel inflammatory</i>). <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<input type="checkbox"/> > 35y/o and > 5yrs since colonoscopy, and at least ONE risk factor*. <input type="checkbox"/> 50y/o, > 1 yr since FOBT, or <input type="checkbox"/> > 5yrs since sigmoidoscopy	Y N	
<p>8. Examen del Seno realizado por un doctor o enfermera (mujer, ACS). <input type="checkbox"/> Tengo entre 20-39 años y mi último examen fue hace más de tres años. <input type="checkbox"/> Tengo más de 40 años y tiene más de un año desde mi último examen. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	Date last CBE: _____ _____ Normal: Y N	Y N	
<p>9. Mamograma (mujer, ACS) <input type="checkbox"/> Tengo más de 40 años y mi último mamograma fue hace más de un año. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	Date last Mammogram: _____ _____ Normal: Y N	Y N	
<p>10. Papanicolaou "Pap smear" (mujer, ACS) <input type="checkbox"/> Tiene más de un año desde mi último examen del Papanicolaou. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	Date last test: _____ Normal: Y N 3rd consecutive normal? Y N	Y N	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed. T
<p>11. Cáncer de la Próstata (hombre, ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo más de 50 años y mi último examen contra el cáncer de próstata fue hace más de un año.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo menos de 50 años y mi último examen contra el cáncer de próstata fue hace más de un año, y</p> <p><input type="checkbox"/> Soy africano-americano o</p> <p><input type="checkbox"/> Alguien de mi familia tiene cáncer de la próstata.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p>Date last PSA: _____</p> <p>Result: _____</p> <p>Date last DRE: _____</p>	Y N	
<p>12. Reemplazo de hormonas (mujer)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi madre tuvo osteoporosis.</p> <p><input type="checkbox"/> He comenzado la menopausia y no tomo hormonas.</p> <p><input type="checkbox"/> No tomo calcio extra ni vitamina D diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Asian or Caucasian</p> <p><input type="checkbox"/> Low body weight</p> <p><input type="checkbox"/> Sedentary lifestyle</p> <p><input type="checkbox"/> Hx. of excessive ETOH abuse</p>	Y N	
<p>13. Infección de Tuberculosis (USPSTF)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivo con o paso mucho tiempo con alguien que tiene tuberculosis.</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo en el cuidado de la salud, una cárcel u otro lugar donde hay mucha gente.</p> <p><input type="checkbox"/> Vine a Estados Unidos hace menos de 5 años y soy de SE Asia, África o América Latina.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Medically under-served or has risk related to residential arrangements.</p> <p><input type="checkbox"/> Medical or behavioral risk.</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes, ESRD or other medical risk.</p>	Y N	
<p>14. Nutrición y Actividad Física</p> <p><input type="checkbox"/> No como las 5 porciones diarias de frutas frescas o vegetales.</p> <p><input type="checkbox"/> No hago 30 minutos o más de ejercicio, tres veces a la semana.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Above or significantly below ideal body weight.</p> <p><input type="checkbox"/> >30% calories from fat</p>	S N	
<p>15. Higiene /Salud Oral</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo 20-39 años de edad y tiene más de 3 años que no veo a un dentista (ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo más de 40 años y tiene más de un año que no veo a un dentista (ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> No me cepillo los dientes diariamente ni me paso el hilo dental o fumo o uso tabaco.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p>Date last dental exam:</p> <p>_____</p>	Y N	
<p>16. Examen de la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Yo o alguien de mi familia inmediata tiene cáncer de la piel.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo muchas verrugas (<i>moles</i>) o tengo una mole diferente y está cambiando de color.</p> <p><input type="checkbox"/> Paso mucho tiempo bajo el sol (trabajo/juegos) o he tenido muchas quemaduras por el sol.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo entre 20-39 años de edad, hace más de 3 años (ACS) tuve mi examen de la piel.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo más de 40 años y hace más de un año de mi último examen de la piel (ACS)</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Immuno-suppressed</p> <p><input type="checkbox"/> Light skin, hair, and eye color or freckles.</p>	Y N	

Evaluación Anual de Factores de Riesgo	Health Indicator	Risk ?	Ed. T
<p>17. Enfermedades Venéreas o transmisibles sexualmente (STD) e infección del VIH (Gonorrea, Clamidia, Hepatitis, Sífilis, herpes genital, SIDA) <input type="checkbox"/> Me identifico por lo menos con uno de los siguientes: (tengo "sexo" oral o anal) con *Previos STD múltiples compañeros sexuales *Sexo sin protección* Agujas compartidas <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p>Date/Test: _____ Results: _____ Date/Test: _____ Results: _____</p>	Y N	
<p>18. Embarazos no intencionados (mujer en edad reproductiva o adulto masculino de cualquier edad) <input type="checkbox"/> Tengo vida sexual activa. <input type="checkbox"/> Yo/Nosotros no estamos listos para tener un bebé y no estamos usando un control de la natalidad confiable. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p>Type of birth control: _____</p>	Y N	
<p>19. Uso del Alcohol y Drogas <input type="checkbox"/> Bebo alcohol casi todos los días. Qué tipo? _____ Cantidad: _____ <input type="checkbox"/> He usado "drogas de la calle". Nombre? _____ ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Todavía estoy tomando medicina para el dolor o "para los nervios" sin estar enfermo. <input type="checkbox"/> He tenido problemas con la familia o en el trabajo debido al alcohol o las drogas. <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Male: 2 or more drinks/day <input type="checkbox"/> Female: 1 or more drinks/day <input type="checkbox"/> Responds positively to a standard screening tool, such as CAGE.</p>	Y N	
<p>20. Heridas y Accidentes <input type="checkbox"/> No siempre uso el cinturón del auto, ni el casco para andar en bicicleta. <input type="checkbox"/> Hay medicinas, venenos o armas en mi casa al alcance de los niños. <input type="checkbox"/> No tengo detector de incendios funcionando en mi casa. <input type="checkbox"/> Mi(s) hijo(s) o yo hemos sido abusados últimamente (física, verbal o sexualmente). <input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p>	<p><input type="checkbox"/> Has frequent/multiple trauma with no plausible explanation. <input type="checkbox"/> Presents repeatedly with somatic complaints.</p>	Y N	

Favor de escribir preguntas para su doctor o enfermera aquí _____

Name: _____ Date: _____

Reviewed with client: _____ Date: _____

(Clinician)

AHP-3/99 (sample)